

Perugia, li __ /__ / ____

Al Coordinatore del Corso di Laurea Magistrale in
Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana
- Prof. Massimo Moretti (massimo.moretti@unipg.it)

Da consegnare **almeno sei mesi prima della data presunta per l'esame di laurea**
Alla Segreteria Didattica del
Dipartimento di Scienze farmaceutiche
- Att.ne Dr.ssa Federica Aisa (federica.aisa@unipg.it; segr-didattica.dsf@unipg.it)

Oggetto: RICHIESTA SVOLGIMENTO ATTIVITÀ DI TESI.

Da trasmettere almeno 6 mesi prima della data presunta sessione di laurea

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____,
e-mail (istituzionale) _____,
iscritto/a al Corso di Laurea Magistrale in Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione
Umana nell'A.A. _____ / _____

CHIEDE

di poter svolgere l'attività di tesi sperimentale / compilativa, dal titolo provvisorio

presso il Dipartimento di Scienze Farmaceutiche

con il/la Prof. _____

presso altra struttura: _____

con il/la Prof. _____

a decorrere dal __ / __ / _____

Firma dello studente

Firma del Relatore
